FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

No. 1934

CONTRIBUȚIUNI

LA

STUDIUL LICHIDULUI CEFALO-RAHIDIAN IN SIFILISUL CONGENITAL

TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ LA 27 IUNIE 1923

DE

VASILE C. NAZARIE

FOST AJUTOR DE ANATOMIE AL FACULTĂȚII DE MEDICINA, FOST MEMBRU IN COMITETUL CENTRULUI STUDENȚESC DIN BUCUREȘTI

BUCUREȘTI
TIPOGRAFIA CĂRȚILOR BISERICEȘTI
1923

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

No. 1934

CONTRIBUȚIUNI

LA

STUDIUL LICHIDULUI CEFALO-RAHIDIAN IN SIFILISUL CONGENITAL

TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ LA 21 IUNIE 1923

DE

VASILE C. NAZARIE

FOST AJUTOR DE ANATOMIE AL FACULTĂȚII DE MEDICINA, FOST MEMBRU IN COMITETUL CENTRULUI STUDENȚESC DIN BUCUREȘTI

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

INSTITUTUL MEDICO-FARMACEUTIC
BUCUREȘTI
BIBLIOTECA CENTRALA
Invent. Nr. F06224

BUCUREȘTI
TIPOGRAFIA CĂRȚILOR BISERICEȘTI
1923

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

Decan: D-nul Profesor Dr. Ionnescu Thoma.

PROFESORI TITULARI:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	Angelescu C.
Chimia medicală	» »	Athanasescu N.
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	» »	Bălăcescu I.
Anatomia patologică	» »	Babeș V.
Bacteriologia și patologia experimentală		
Istologia normală și Istogeneza	» »	Besnea St.
Medicina experimentală	» »	Cantacuzino I.
Clinica ginecologică	» »	Daniel C.
Clinica II-a medicală	» »	Danielopol D.
Anatomia topografică II	» »	Gerota D.
Farmacia chimică și galenică	» »	Georgescu M.
Clinica și teoria obstetricală	» »	Gheorghiu N.
Anatomia topografică I / *Clinica I chirurgicală*	» »	Ionnescu Th.
Clinica III-a medicală	» »	Ionescu D.
Clinica III-a chirurgicală	» »	Juvara E.
Clinica boalelor căilor urinare	» »	Jianu A.
Farmacologia și materia medicală	» »	Lalu S.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	» »	Mețianu N.
Clinica boalelor nervoase	» »	Marinescu Gh.
Chimia analitică	» »	Minovici Șt.
Clinica infantilă	» »	Manicatide M.
Igiena și poliția sanitară	» »	Mezincescu D.
Medicina legală	» »	Minovici M.
Oftalmologia și clinica oftalmologică	» »	Manolescu D.
Clinica I-a medicală	» »	Nanu-Muscel I.
Clinica dermatologică și sifiligrafică	» »	Nicolau St.
Clinica mentală	» »	Obregia Al.
Fiziologia umană	» »	Paulescu N.
Patologia generală	» »	Proca Gh.
Anatomia descriptivă și embriologia	» »	Rainer Fr.
Zoologia medicală	» »	Sihleanu St.
Botanica medicală	» »	Solacolu T,
Patologia medicală	» »	Thomescu I. Th.
Clinica terapeutică	» »	Theohari A.
Analiza alimentelor și băuturilor	» »	Vintilescu I.

PROFESORI AGREGAȚI:

Medicină operatoare D-l Dr. Constantinescu C.

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: D-l Profesor Dr. Manicatide M.

Membrii
- D-l Profesor Dr. Gheorghiu N.
- „ Docent „ Crăciuneanu A.
- „ „ „ D-trescu Mante D.
- „ „ „ Paulian D.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare, nici dezaprobare.

Părinților mei.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545818_0077

CUVÂNT ÎNAINTE

Sifilisul congenital, prin răspândirea, pe care a luat-o astăzi, este una din cauzele cele mai frecvente ale mortalităţii infantile. Prin gravitatea sa şi prin piedica pe care o opune desvoltării organismului în timpul vieţii intrauterine, sifiilisul congenital este factorul determinant al atâtor debilităţi native; prin turburările, pe care le produce, în primele luni ale vieţii extrauterine, determină alteraţiuni profunde în organism, de pe urma cărora, vitalitatea şi rezistenţa elementelor tinere, sunt mult compromise.

Viaţa este cu atât mai expusă, cu cât intervenţiunea terapeutică este mai tardivă. Aceasta se întâmplă mai des în cazurile latente, fără manifestaţiuni clinice suficiente, singurile capabile, prin gravitatea lor, să atragă atenţiunea factorilor din păturile de jos.

In sifilisul congenital, necesitatea unui diagnostic precoce se impune, pentru a putea institui din vreme tratamentul necesar, înainte chiar, de a se fi produs alteraţiuni, a căror restauraţiune să nu mai fie posibilă.

Cunoaşterea sifilisului congenital, ca şi perfecţionarea armelor de luptă în contra sa, sunt astăzi chestiuni de primă importanţă. Dela războiu numărul bolnavilor de sifilis a crescut în proporţie înspăimântătoare, profilaxia antisifilitică, fiind complect suprimată în timpul războiului.

La noi în ţară, chestiunea sifilisului şi a tuberculozei, formează azi, cele două capitole principale ale medicinei noastre sociale; în contra acestor două flagele trebue să ne îndreptăm toată activitatea.

Profesorul N. Thomescu, în raportul, prezentat la Congresul naţional de medicină şi chirurgie din 1915, referitor la cauzele mortalităţii infantile, spune: între cauzele, care

determină moartea în momentul naşterii este în primul rând sifilisul. — Mai departe spune că altă cauză de mortalitate infantilă este debilitatea congenitală, în a cărei etiologie tot sifilisul ocupă primul loc.

Profesorul Petrini Galaţi, într'un studiu asupra sifilisului hereditar, făcut la acelaş congres închee: „ca concluzie se poate zice că sifilisul sau prin el singur, sau mai ales prin manifestările lui hereditare, constitueşte unul dintre factorii principali cei mai activi şi mai răspândiţi, care contribuesc la degenerarea rasei umane".

Tot sifilisului sunt imputabile aborturilor ca şi moartea feţilor cu manifestări intense în prima copilărie.

Dăcă, pe de o parte ţinem samă de această constatare, iar pe de alta de marea răspândire a sifilisului din ultimul timp, ne dăm samă de importanţa şi gravitatea chestiunii.

Pericolul rărirei populaţiei noastre, ca şi al degenerării rasei ameninţă; el trebue împiedecat în răspândirea lui, cu atât mai mult, cu cât rănile războiului, debilitatea şi pervertirea vieţii sociale, cer o conlucrare intensă şi laborioasă, a cât mai multor forţe.

D-l. Profesor Nicolau, în prelegerile de sifiligrafie din anii de după răsboiu, constată marea răspândire a sifilisului: ulcerile sifilitice şi ulcerile simple se găsesc astăzi în proporţie egală, pe câtă vreme înainte primele erau mult mai rare.

Toate aceste consideraţiuni m'au făcut să primesc cu plăcere şi mulţumire subiectul, pe care î-l desvolt în lucrarea de faţă, referitor la sifilisul congenital, subiect încredinţat mie spre tratare de D-l. Profesor Manicatide.

Pentru bunăvoinţa, ce a avut, de a-mi încredinţa acest subiect, pentru onoarea de a primi preşedinţia juriului de promoţie al tezei mele, precum şi pentru bunătatea arătată faţă de mine şi cunoştinţele căpătate în timpul de un an cât am frecventat clinica Domniei-Sale, aduc Domnului Profesor Manicatide respectoase mulţumiri, recunoştinţă şi admiraţie.

D-lui Profesor N. Paulescu, devotament şi recunoştinţă, pentru bunăvoinţa şi ajutorul ce mi-a acordat în diverse împrejurări.

D-lui Profesor Nanu-Muscel, pentru bogatele cunoştinţe şi îndrumarea în domeniul medicinei interne, în scurtele răstimpuri cât am frecventat clinica Domniei-Sale, veneraţiune şi admiraţiune.

Tuturor Domnilor Profesori şi Onoratului Juriu de promoţie omagiu respectuos.

Domnilor Doctori M. Riegler, Augustin, P. Iordăchescu, Tieux, Pages, Rudelle, primii mei îndrumători în studiul clinic al medicinii în timpul războiului, recunoştinţă veşnică.

Domnilor Doctori Dănilă şi Stroe mulţumiri şi prietenie devotată, pentru binevoitorul ajutor la întocmirea lucrării de faţă.

Domnului Doctor Şt. Ciocâlteu aceleaşi mulţumiri pentru concursul ce mi-a dat în recrutarea cazurilor.

Tovarăşilor mei de prietenie, studiu şi luptă din timpul vieţii studenţeşti, plăcută şi neştearsă amintire.

Celor plecaţi din mijlocul nostru, jertfă a datoriei şi dragostei de neam, le voiu păstra pioasă şi veşnică aducere aminte.

I.

INTRODUCERE

Sifilisul este cunoscut de foarte multă vreme. Asupra originei sale părerile autorilor sunt împărţite, unii admiţând că ar fi datând din antiquitate, din timpurile biblice. Nimic însă nu este precizat sau dovedit.

In ce priveşte apariţia sa în Europa, cercetările lui Bloch au arătat că el a fost importat din America la 1493, de echipajul lui Cristof Columb. Către sfârşitul secolului al XV-lea şi începutul secolului al XVI-lea el a făcut ravagii mari, sub forma unei epidemii din cele mai grave. In urmă violenţa manifestărilor sale a scăzut.

Multă vreme agentul patogen al acestei afecţiuni a rămas necunoscut şi cercetătorii dibuiau în întuneric. Ricord, răsturnând doctrina identităţii bolilor veneriene, investigaţiuni noui au fost pornite pentru descoperirea microbului. Rând pe rând autori ca Kircher, Abercrombie, Lustgarten, Van Niessen, etc., au descris diverse elemente, cărora imputau producerea bolii. Toate nu au astăzi decât o simplă valoare istorică.

In 1905 Schaudinn descrie adevăratul agent al sifilisului; din acest moment orizonturi noui s'au deschis cercetătorilor din domeniul sifiligrafiei.

Chestiunea sifilisului dobândit, nefăcând subiectul studiului de faţă, e lăsată de o parte; mă voiu opri însă asupra sifilisului congenital şi asupra modalităţilor de transmitere ale sifilisului, pe cale hereditară.

Transmiterea sifilisului dela părinţii sifilitici la copii, precum şi infecţia doicii prin copil heredo-sifilitic au fost

observate încă dela apariţia sifilisului în Europa [1]). Pe la 1525, Paracelsus dela Universitatea din Bâle susţinea transmiterea sifilisului pe cale hereditară. Mai târziu Augier Ferrier (1553) şi Rondelet dela Montpellier aduc observaţiuni mai precise referitoare la această chestiune. Van Helmont (1682), apoi la începutul secolului al XVIII-lea Boerhave, Van Swieten, Astruc şi alţii au susţinut transmiterea sifilisului prin hereditate. Sanchez la 1783 publică o lucrare în această direcţie. In Franţa pe la anul 1780 o serie de medici dela spitalul Vaugirard din Paris au publicat lucrări de aceeaşi natură. Academia din Dijon institue un premiu pentru cea mai bună lucrare, referitoare la transmiterea hereditară a boalelor, premiu, care a fost atribuit lui Louis. Numele lui Ricord, Diday, Hutchinson, Dubois sunt strâns legate de chestiunea sifilisului hereditar. In fine Fournier (1891) şi după el Barthélemy se ocupă în deaproape de sifilisul hereditar şi ridică chestiunea sifilisului de a II-a generaţie. In această direcţie au mai lucrat Ed. Fournier, Finger, Jullien, Tarnowsky. Dacă lăsăm la o parte aceste nume de o dată mai depărtată şi răsfoim literatura medicală mai nouă, vedem că sifilisul hereditar a continuat să preocupe, mai mult chiar, pe specialiştii moderni.

Această rapidă incursiune în domeniul istoric al chestiunii noastre, deşi ese din cadrul strict al subiectului, am făcut o totuşi, pentru a arăta importanţa şi atenţiunea, ce a fost acordată sifilisului congenital, în decursul vremilor.

Transmiterea sifilisului, pe cale hereditară, este astăzi în mod indiscutabil dovedită şi putem spune chiar, că sifilisul constitue cel mai frumos exemplu de transmitere hereditară, dintre toate bolile infecto-contagioase. Transmiterea se poate face din partea tatălui, prin intermediul spermei. De curând Marcel Pinard şi Hoch (1920) au găsit treponeme în sperma sifiliticilor. In cazurile, în care tatăl este sifilitic transmiterea nu este întotdeauna sigură, copilul putând să se nască sănătos. Când mama este sifilitică, şansele de infecţie pentru făt sunt mai mari şi transmiterea bolii mai constantă. In privinţa sifilisului, transmis pe cale he-

1) Prof. Petrini Galaţi.

reditară, de origină maternă, au existat unele discuţiuni. Aşa, Fournier, nu admitea ca adevărat sifilis hereditar, decât pe acela al copiilor proveniţi din părinţi, al căror sifilis era anterior epocei de concepţiune. Copiii cu sifilis congenital, descinzând din părinţi, a căror infecţiune sifilitică era ulterioară momentului procreării, formau o altă categorie, categoria celor cu sifllis prin contaminare intrauterină, după concepţiune. Această diviziune îşi are importanţa ei şi din punct de vedere practic, deoarece, cei din categoria primă dau un contigent mai mare de mortalitate şi manifestări morbide, pe câtă vreme categoria a doua e cu atât mai puţin expusă cu cât infecţia mamei s'a făcut într'un timp mai îndepărtat de momentul concepţiei. Feţii din această categorie sunt mai viabili şi pot chiar să se nască sănătoşi. In fine când ambii părinţi sunt sifilitici, constituesc cuplul sifilitic (Fournier); în aceste cazuri transmiterea bolii la descendenţi se produce aproape în totalitatea cazurilor. Indiferent de origină, indiferent de momentul transmiterii, sifilisul congenital este acela cu care copilul se naşte, fie că are sau nu, pentru un moment, manifestări apreciabile.

Există doui factori de mare importanţă, cari influenţează asupra şanşelor de transmitere ale bolii, ca şi asupra intensităţii manifestărilor la descendenţi; sunt vârsta infecţiei şi tratamentul. Cu cât procreatorul va avea un sifilis de dată mai recentă, cu atât transmiterea e mai sigură şi manifestările morbide sunt mai rebele; cu cât infecţiunea se învecheşte, produsul de concepţie e mai puţin expus. Aceste fapte se găsesc enunţate în ştiinţa noastră prin legea lui Kassowitz. Vârsta până la care sifilisul procreatorului ameninţă cel mai mult progenitura este de 3 ani (Fournier). Al douilea factor este tratamentul. Astăzi este ştiut că aplicând părinţilor tratamentul la timp, putem face ca sarcina să ajungă la termen şi să-şi urmeze drumul fiziologic. Fournier, în magistralele sale prelegeri asupra hereditătii sifilitice, spunea că cea mai bună gardă de care dispunem contra efectelor hereditătii sifilitice este asocierea acestor două elemente corective: timpul şi tratamentul. Şi mai departe: cu mercur şi timp, orice medic, poate face dintr'un

sifilitic, afară de excepţii particulare şi rare, un soţ şi un tată nepericulos.

Un embrion heredo-sifilitic, poate. sau să fie expulzat în primele şase luni, avortat deci, lucru ce se observă mai des în sifilisul hereditar de origine paternă, sau trecând de şase luni, să fie născut prematur. In alte împrejurări cu toate că sarcina merge la termen, fetul se naşte mort, sau moare la scurt timp după naştere. Când feţii se nasc vii sau mai mult sau mai puţin viabili, pot avea manifestaţiunile de natură sifilitică chiar din ultimele momente ale vieţii intrauterine sau pot apărea imediat după naştere; în aceste cazuri este vorba de sifilisul nouilor născuţi.

Când suferinţa copilului începe la 2—3 săptămâni după naştere până la 3 luni, atunci avem a face cu forme de sifilis congenital precoce. In afară de cazurile cu manifestări clinice evidente, sunt şi cazuri de sifilis latent, care sunt mai greu de diagnosticat şi trec deobiceiu neobservate. — In fine o altă formă este sifilisul hereditar tardiv, pe care unii autori refuzau să-l admită. In afară de cazurile acestea, când copiii se nasc cu sifilisul în organism, sunt altele când se nasc numai cu anumite modificări organice, cu perturbaţiuni profunde, care au la *origină* sifilisul, dar ca *natură* nu mai au nimic sifilitic. Acestea sunt leziunile cunoscute sub numele de *leziuni parasifilitice* (Fournier), în grupul cărora intră distrofiile generale şi parţiale, caşecsia fetală, predispoziţiunile morbide, malformaţiunile congenitale, etc. Ed. Fournier, mai târziu, a descris în mod amănunţit aceste leziuni sub denumirea de stigmate distrofice ale heredo-sifilisului. — In cercetările noastre materialul l'am recrutat numai dintre cazurile de sifilis congenital cu manifestări precoce.

Oricare ar fi însă forma, diagnosticul este uşor, atunci când cazul se prezintă cu o simptomatologie bogată, cu manifestări intense. Plânsul din timpul nopţii (Sisto), coryza, pemfigusul palmo-plantar, splenomegalia, pseudoparalizia lui Parrot, sifilidele maculoase (Sevestre) sau papuloase, infiltraţia ţesuturilor, hipertrofia ganglionară şi mai ales a ganglionilor epitrohleeni, fisurile labiale pe deoparte, antecedentele părinţilor pe de altă parte, sunt tot atâtea

elemente sigure de diagnostic. Greutatea mare în facerea diagnosticului este atunci, când avem de a face cu un copil, a cărui antecedente hereditare nu ne pot ajuta întru nimic şi a cărui suferinţă nu se traduce prin semne clinice suficiente.

In referire la aceste cazuri, am întreprins cercetările noastre, pentru a vedea dacă, în lichidul cefalo-rahidian al acestor bolnavi, se produc modificări de aşa natură, care fie asociate între ele, fie asociate cu unele manifestări clinice insuficiente, să ne permită punerea diagnosticului, cu un moment mai devreme, pentru ca prin ajutorul terapeutic, să putem fi utili individului şi societăţii.

LICHIDUL CEFALO-RACHIDIAN

TECHNICA ŞI INTERPRETAREA PROBELOR FACUTE

Lichidul cefalo-rahidian, asupra originii căruia părerile cercetătorilor au fost împărţite, unii socotindu-l ca un produs de secreţiune, alţii ca un transudat, care în stare normală are caractere fizice şi compoziţie chimică bine definită, poate, în stări patologice, să sufere alteraţiuni ale caracterelor fizice şi modificări în compoziţia chimică, decelabile prin mijloacele actuale de laborator. In stare normală lichidul cefalo-rahidian este limpede, perfect transparent şi incolor, având densitatea de 1004—1008.[1]) El se găseşte sub o tensiune superioară presiunii atmosferice, care devine evidentă când facem puncţia rahidiană, lichidul curgând la exterior picătură cu picătură. Lichidul poate fi turbure ca în cazul unei infecţii, hemoragic în caz de hemoragie cranienă sau xantocromic în urma unei hemoragii vechi, în ictere, în afecţiuni ale nevraxului sau chiar în afecţiuni cu caracter general. Lichidul cefalo-rahidian mai poate fi sub o tensiune mare sau mică, primul caz observându-se în meningite, hydrocefalii. — Din punct de vedere al compoziţiei chimice există diferenţă între lichidul cefalo-rahidian la copil şi la adult. Dăm aci, după D-l. D-r. A. A. Babeş compoziţia lichidului cefalo-rahidian la copil, singurul de care ne ocupăm în lucrarea de faţă:

Substanţe	extractive	9. —9.80	gr.	%
„	minerale	7. —8.	„	„
„	organice	1.70—2.30	„	„
Albumină		0.15—0.25	„	„
Cloruri		6.61—6.96	„	„

[1]) După Dr. **A. A.** Babeş.

Glucoză	0.35—0.55 gr. $^0/_{00}$
Uree	0.02—0.20 „ „

Albuminele din lichidul cefalo-rahidian sunt reprezentate prin sero-albumine și sero-globuline, ultimele fiind în proporție mai mare.

* * *

Cercetările întreprinse pentru lucrarea de față sunt următoarele: reacția Pandy, Nonne Apelt, Weichbrodt și cu acid iodic, toate reacțiuni de apreciere a hiperalbuminozelor lichidului cefalo-rahidian;—reacțiile de precipitare cu benzoe și gaiac coloidal. Și în fine reacția Bordet — Wassermann, pentru diagnosticul sifilisului, care a fost executată în totalitatea cazurilor de D-nii D-ri Dănilă și Stroe.

Toate aceste probe sunt complect negative într'un lichid cefalo-rahidian normal. Când însă există leziuni ale nevraxului sifilitice sau nesifilitice, sau o reacție din partea meningelor, sau chiar în timpul afecțiunilor cu caracter general, lichidul cefalo-rahidian sufere modificări în alcătuirea sa chimică, modificări, care pot fi percepute prin reacțiunile mai sus indicate. — Pentru a vedea dacă în sifilisul congenital se produc alterațiuni ale lichidului cefalo-rahidian, pentru a vedea care din cele 7 probe este mai sensibilă pentru decelarea acestor alterațiuni și prin urmare mai superioară din punct de vedere practic, am făcut comparativ probele de mai sus în lichidul cefalo-rahidian la 30 de copii cu sifilis congenital cu manifestări precoce. Technica lucrărilor, modul lor de interpretare, precum și parte din discuțiunile făcute asupra lor, urmează în rândurile de mai jos.

1. *Reacția Pandy* am executat-o în modul următor: Lăsam să cadă o picătură de lichid cefalo-rahidian activ într'un centimetru cub de soluție de acid fenic cristalizat 10/150. Dacă se producea un nor alburiu în soluția de fenol, sau numai o opalescență a ei, reacțiunea era pozitivă. Reacția Pandy pozitivă indică o creștere a globulinelor din lichidul cefalo-rahidian și este una din reacțiile cele mai sensibile. Ea nu are valoare, decât atunci, când lichidul cu care lucrăm este lipsit de elementele sângelui. Lichidele care conțin

cât de puţin sânge trebuiesc aruncate. Această probă este pozitivă în reacţiile meningelor, în leziunile sistemului nervos central, ca în paralizie generală, tabes, etc. D-rul Borşan a găsit-o positivă în proporţie de 38% la copiii cu sifilis congenital.

2. *Reacţia Nonne-Apelt,* care are de scop de a precipita albuminele din lichidul cefalo-rahidian, am executat-o după procedeul modificat de Jonas în felul următor: într'o eprubetă de un diametru mic puneam un centimetru cub de soluţie saturată de sulfat de amoniu. Peste aceasta suprapuneam în mod lent un centimetru cub de lichid cefalo-rahidian. Dacă după 5 minute, la nivelul suprafeţei de separaţiune a celor două lichide, care era reprezentată printr'un plan orizontal, se producea o turburare inelară, alburie, reacţiunea era pozitivă.

Nonne şi Apelt întrebuinţau reacţia lor pentru sifilisul nevraxului şi o găseau aproape totdeauna pozitivă în tabes şi paralizia generală. Cercetări mai noi au găsit-o constantă în paralizia generală şi mai rară în tabes (Prof. G. Marinescu). Tot pozitivă a fost găsită şi în alte afecţiuni nesifitice ale sistemului nervos central. Rezultate similare a obţinut şi D-l Dr. A. A. Babeş. Otto Zenzer, la noi d. Profesor Obreja, au găsit această reacţie rar pozitivă în cazurile de sifilis congenital pe care le-au studiat. D-rul Borşan a găsit-o pozitivă în proporţie de 24%, la copiii cu sifilis congenital. Din punct de vedere practic, reacţia Nonne Apelt pozitivă indică o augmentare a albuminei din lichidul cefalo-rahidian.

După cercetările d-lui Dr. A. A. Babeş această creştere a albuminelor trebue să atingă 0.80‰ pentru a da o reacţie Nonne Apelt net pozitivă. Peste această limită ea devine intens pozitivă şi traduce o hyperalbuminoză intensă a lichidului cefalo-rahidian, care indică leziuni ale nevraxului.

Când lichidul conţine 0,65--0,80‰ albumină, reacţia e slab pozitivă traducând o hyperalbuminoză uşoară, fără leziuni ale nevraxului, lucru, care se poate observa în perioada secundară şi terţiară a sifilisului. Reacţia Nonne Apelt nu poate să ne dea indicaţiuni precise asupra na-

turei leziunilor; totuşi în majoritatea cazurilor indică o leziune sifilitică. Tot asemenea o reacţie Nonne Apelt negativă nu exclude existenţa unei leziuni a centrilor, sifilitică sau nesifilitică.

3) *Reacţia Weichbrodt,* dată pentru prima oară publicităţii în 1916, se face punându-se în contact lichidul cefalo-rahidian, cu o soluţie de sublimat $1^0/_{00}$ şi anume 3 părţi sublimat şi 7 părţi lichid cefalo-rahidian. In cazurile noastre, din cauză că nu dispuneam de cantităţi prea mari de lichid cefalo-rahidian, am modificat cantităţile în modul următor: puneam o picătură de soluţie de sublimat şi două picături de lichid. Dacă amestecul se turbura, devenind opalescent, rezultatul era pozitiv; chiar în cazul când turburarea amestecului nu se produce imediat (până la 5 minute) şi nu este nici prea pronunţată rezultatul este tot pozitiv.

Referitor la valoarea şi modul de interpretare al acestei reacţiuni voiu cita în mod rezumativ un extras dintr'un articol al d-lui Prof. Obreja şi Dr. Tomescu, publicat în 1922: „după Weichbrodt această reacţie indică leziuni organice de natură sifilitică a centrilor nervoşi. Käthe Hupe susţine că reacţia s'ar datori hyperalbuminozei lichidului cefalo-rahidian. Karl Eskuchen şi Hortsmannn au găsit-o pozitivă în dese cazuri de sifilis al nevraxului. Guillain şi Gardin au găsit-o pozitivă în tabes şi paralizie generală coincizând cu reacţiile Nonne Apelt, Pandy şi cu benzoa coloidal. Ea coexistă în aceste cazuri cu hyperalbuminoză lichidului cefalo-rahidian. Totuşi în meningita tuberculoast şi encefalita epidemică, lichide cu hyperalbuminoză au dae o reacţie Weichbrodt negativă sau foarte slab pozitivă. Guililain şi Gardin au arătat că reacţia se datoreşte globulinelor din lichidul cefalo-rahidian. Profesorul Obreja şi Dr. Tomescu cercetând această reacţie pe 80 de cazuri de sifilis al nevraxului în evoluţie au găst o, pozitivă în majoritatea cazurilor: 41 intens pozitivă, 22 slab pozitivă şi 17 negativă.

In sifilisul hereditar la bolnavi cu afecţiuni şi infirmităţi psihice — idioţie, imbecilitate, epilepsie — a dat rezultate negative. Un singur caz din douăsprezece a fost slab po-

zitiv. In 104 cazuri de boli mintale nespecifice a fost găsită total negativă. Asemenea în 4 cazuri de sifilis latent. Această reacţie pozitivă coincide cu o mărire a albuminelor şi globulinelor din lichidul cefalo-rahidian. Reacţia Weichbrodt e mai puţin sensibilă ca reacţiile Pandy, Nonne Apelt, etc. Ea nu este o reacţie specifică sifilisului, aşa cum susţinea Weichbrodt (1918)". D-rul Borşan a găsit-o pozitivă în proporţie de 24% la copiii cu sifilis congenital.

4) *Reacţiunea cu acid iodic.* Această reacţiune a fost comunicată pentru prima dată în Noembrie 1922, la reuniunea Societăţii române de biologie din Bucureşti, de către Domnul Dr. P. Danilă dela Institutul de Patologie Generală al Facultăţii noastre de medicină şi publicată în No. 4 din 1923 al Buletinului Societăţii de biologie: (Comptes rendus des séances de la société de biologie). Autorul ei a experimentat'o în cursul meningitelor. Noi am cautat'o în sifilisul congenital. Technica, ca şi modul de interpretare al reacţiei, le redau întocmai după comunicarea autorului: „în două mici tuburi de aglutinare, se varsă 0,1 c.c. dintr'o soluţie de acid iodic 1/250 în apă distilată; se adaogă în primul tub 0,2 cc. şi în al doilea 0,1 cc. din lichidul cefalo-rahidian (fără hemoglobina) şi se fiérbe la bain-marie timp de 5 minute. Dacă se retrag atunci tuburile şi se examinează cu ochiul liber sau cu lupa, trebue să se observe unul din următoarele patru tipuri:

a) Amestecul rămâne limpede şi clar, sau devine foarte uşor turbure.

b) Amestecul se turbură destul de puternic, dar fără precipitare (floculaţie) apreciabila cu ochiul liber sau cu lupa.

c) Există o floculaţie mai mult sau mai puţin intensă în al II-lea tub, în timp ce în primul tub nu se observă nici o precipitare.

d) Precipitarea s'a produs în ambele tuburi.

Pe mai bine de 150 lichide cefalo-rahidiene examinate prin această metodă, noi am constatat că dacă reacţiunea se face după primul tip, nu există meningită; în celelalte trei cazuri există o meningită. Am constatat foarte frecvent al IV-lea tip în paralizia generală (24/28) şi în sifilisul nervos. (2/4)

Al treilea tip este aproape regulă în meningită tuberculoasă (3/3) şi cazurile de paralizie generală şi de sifilis nervos, care nu reacţionează după tipul IV.

Lichidul a reacţionat după tipul I în coree, delibitate mintală, demenţă precoce, psihoză intermitentă, hemiplegie nesifilitică, epilepsie, maladia lui Parkinson şi la alcoolici. Lichidul xantocromic ne-a dat de două ori tipul I, odată tipul III şi odată tipul IV. Rezultatul depinde de cantitatea de hemoglobină disolvată: asemenea trebuesc aruncate lichidele, care conţin sânge hemolizat. Prezenţa globulelor albe nu influenţează reacţia. Intr'un caz de meningită acută purulentă aseptică, consecutivă unei rachianestezii cu novocaină, lichidul după centrifugare a reacţionat după tipul I, cu toate că reacţia Pandy fusese intens pozitivă. Această reacţiune provine din proprietatea, pe care o posedă albuminele şi globulinele, de a fi coagulate la temperatura de fierbere prin acidul iodic în prezenţa sărurilor.

Fiind dată frecvenţa acestei reacţii (tip III şi IV) în paralizia generală şi în sifilisul nervos, marea sa uşurinţă de executare, rezultatul prompt şi inalterabilitatea reactivului, noi o recomandăm pentru diagnosticul acestor maladii".

Reacţiunea fiind de dată recentă nu dispunem de alt material statistic.

5) *Reacţiunea cu benzoe coloidal,* descrisă în anul 1920 de către Guillain, Laroche şi Lechelle, este o reacţie de precipitare cu lichidele cefalo-rahidiene patologice. Technica, pe care am urmat-o în executarea acestei lucrări, fiind identică cu technica reacţiei cu gaiac coloidal, o vom descrie odată pentru amândouă.

Cercetările diverşilor autori au arătat că această reacţie făcută cu lichidul cefalo-rachidian normal nu produce nici o precipitare. In sifilisul nevraxului însă precipitarea poate fi totală sau parţială.

La noi D-l Profesor Obreja şi Dr. Tomescu urmând technica cu 16 tuburi au găsit această reacţie intens pozitivă în sifilisul nevraxului netratat, ca şi tratat, însă cu mici diferenţe. In paralizia generală rezultatul a fost pozitiv, de o intensitate medie sau slabă. Tratamentele intensive, care aduceau modificări clinice, scădeau şi inten

sitatea reacţiei. In concluzie, în toate formele de sifilis al nevraxului, reacţia e pozitivă. Inactivarea lichidului modifică reacţia, iar încălzirea lui la 100^0 conduce la un rezultat total negativ.

Pe trei cazuri de sifilis secundar în evoluţie D-l Profesor Obreja şi Dr. Tomescu au obţinut precipitări slabe. In sifilisul hereditar cu stigmate evidente şi infirmităţi psihice — idioţie, imbecilitate, epilepsie — au avut 10 din 12 cazuri rezultate pozitive, în timp ce reacţia Wassermann a fost pozitivă numai în două din aceste cazuri. Bazaţi pe această consideraţiune, autorii, citând şi cercetările lui René Targowla, sunt de părere că reacţia cu benzoe coloidal e mai sensibilă în sifilisul hereditar, decât reacţia Wassermann.

D-l Dr. Borşan a găsit această reacţie, cercetată la 50 copii cu sifilis congenital, pozitivă numai în proporţie de $2^0/_0$, pe câtă vreme reacţia Wassermann a fost pozitivă în proporţie de $60^0/_0$.

Guy Laroche, unul din autorii metodei, spune că lichidul cefalo-rahidian normal nu dă precipitare. In paralizia generală reacţia e total pozitivă. In tabes în evoluţie sau meningită sifilitică cronică e pozitivă total sau parţial. După Guillain, Laroche şi Lechelle în reacţiunile meningee ale perioadei secundare a sifilisului, reacţia poate fi negativă, subpozitivă sau pozitivă. Autorii sunt de părere că o reacţie pozitivă indică leziuni sifilitice în evoluţie. Ea e negativă cu lichidul sifiliticilor fără leziuni ale sistemului nervos, cu lichidele bolnavilor atinşi de boli nervoase nesifilitice, zona, encefalită letargică, etc. Lichidele de meningită tuberculoasă dau în genere o reacţie negativă. — Reacţiunea cu benzoe coloidal nu e în raport nici cu albuminoza, nici cu limfocitoza; ea e cel mai adesea paralelă cu reacţia Bordet—Wassermann, dar nu totdeauna. Ea pare, mai mult ca aceasta, în relaţie cu starea de evoluţie a sifilisului nervos; valoarea sa pronostică este deci foarte importantă. (Guy Laroche).

6) *Reacţiunea cu gaiac coloidal*, este tot o reacţie de precipitare, pentru diagnosticul sifilisului nevraxului. Ea a fost comunicată, pentru prima dată în Noembrie — Decembrie

1922, de către D-l Dr. P. Dănilă la Societatea română de biologie. Technica, după care am executat această lucrare, este aceeaşi şi pentru reacţia cu benzoe coloidal ; ea este aceea indicată de D-l Dr. Dănilă, după Guillain, Laroche, Lechelle şi este descrisă de D-sa în Buletinul societăţii de biologie.

Pentru facerea acestor două din urmă reacţiuni întrebuinţăm technica simplificată şi redusă la 5 tuburi de hemoliză. In prealabil aceste tuburi erau bine curăţate cu o soluţie de acid clorhidric. Tuburile erau numerotate de la 1—5. In tuburile 1 şi 2 se pune o aceeaşi cantitate (n) de lichid cefalo-rahidian. (0, 1—0. 5 cc.) Se ia apă proaspăt distilată sau apă distilată fiartă şi răcită în momentul facerei reacţiei, pentru a alunga acidul carbonic, care o acidifică şi se pune n. cc. în tubul 1, 3 n cc. în tubul 2 şi 2 n cc. în fiecare din celelalte 3 tuburi. Cu aceeaşi pipetă se ia din tubul 2, după ce s'a agitat bine, 2 n cc şi se adogă la tubul 3, se amestecă şi se iau de aici 2 n cc., care se adaogă la tubul 4 şi se amestecă; se iau de altă parte 2 n cc. din tubul 4, care se aruncă, fără să se pue în tubul 5 care, nu conţine lichid cefalo-rahidian şi serveşte astfel de martor, în timp ce celelalte conţin respectiv diluţiuni de $^1/_2$, $^1/_4$, $^1/_8$ şi $^1/_{16}$. Se prepară gaiacul coloidal adăogând 0, 10 cc. din tinctura de gaiac ($^1/_{10}$ în alcool) la 10 cc. de apă distilată, fiartă şi răcita şi se agită puternic. Pentru a prepara benzoe coloidal puneam 0, 15 cc. din tinctura de benzoe ($^1/_{10}$ în alcool) la 10 cc. de apă distilată fiartă şi răcită. Se filtrează printr'o pătură subţire de vată hydrofila, sau mai bine, se înfăşoară vârful pipetei cu vată şi se filtrează direct prin aspiraţie. Se pune în fiecare din cele 5 tuburi 2 n cc. de benzoe sau gaiac coloidal. Se agită şi se lasă în repaus la temperatura laboratorului. După 24—48 de ore citim rezultatul şi se notează cu cifre dela 0—4, 4 însemnând precipitare complectă, 3 precipitare aproape complectă, 2 o precipitare netă, dar incomplectă, 1 precipitare foarte slabă, vizibila numai pe pereţii şi fundul tubului, şi O precipitare nulă. Această notaţiune permite o comparaţie a rezultatelor obţinute în

diferitele perioade ale bolii şi ne permite de a urma efectul tratamentului specific.

In cazurile studiate în această lucrare, cantitatea de lichid cefalo-rahidian cu care am lucrat în fiecare tnb era de 0,25 cc., aşa că în cazul nostru n = 0,25 cc.

Totodată dăm un tablou rezumativ al cantităţilor şi timpilor lucrării, după care ne-am condus:

No. tubnrilor	Lichid cefalo-rahidian	Apă distilată fiartă		Benzoe sau gaiac coloidal
1.	0,25	0,25	Diluţie $^1/_2$	0,50 cc.
2.	0,25	0,75	se amestecă. Se scoate 0,50 cc. şi se pune în tubul 3. Dil. $^1/_4$	0,50
3.	—	0,50	Se amestecă. Se scoate 0,50 cc. şi se pune în tubul 4. Dil. $^1/_8$	0,50
4.	—	0,50	Se amestecă. Se scoate 0,50 cc. şi se aruncă Diluţie $^1/_{16}$	0,50
5.	—	0.50	tub martor fără lichid cefalo-rah	0,50

Se agită bine, se lasă 24 ore la temperatura camerii şi apoi se citeşte rezultatul.

7.) *Reacţia Bordet-Wassermann* a fost făcută pentru toate cazurile de D-nii D-ri Dănilă şi Stroe. Procurarea şi prepararea elementelor necesare, ca şi technica după care au făcut reacţiunea, este aceea pe care Domniile lor o practică dela 1914, şi este expusă în rândurile care urmează.

a.) *Serul uman* se procură astfel: se scoate sângele din venă sau cu ventuza, se pune imediat la termostat (37^0); după o oră se desprinde chiagul de pe pereţii eprubetei

şi se lasă să se separe serul. Când nu există timp suficient se poate centrifuga. Dacă serul e puţin roşcat nu împiedecă reacţiunea. In locul serului sanghin se poate examina lichidul cefalo-rahidian, laptele, lichidele pleurale, de ascită, de hydrocel, etc. Reacţiunea se face chiar în ziua recoltării produsului de examinat, sau cel mult a doua zi.

b.) *Alexina* (serul de cobai) se obţine extrăgând sângele din vena urechii cobaiului, cu ajutorul unei ventuze speciale, în care vidul se face prin aspiraţiune bucală, iar sângele se scurge într'o eprubetă de centrifug adaptată la ventuză. Alexina se întrebuinţează la 3—4 ore după extragere, iar restul se poate păstra 48 de ore, dacă i se adaogă sare obişnuită în proporţie de 10%.

c) *Antigenul.* Se prepară o serie de extracte alcoolice la 37°, din ficat de copil heredosifilitic. Extracţia are loc câteva zile şi în fiecare zi se agită flaconaşele cu alcool. Se încearcă bogăţia în lipoide a extractului după turbureala ce o produc, atunci, când sunt amestecate cu soluţie fiziologică de sare. Se exclud acele extracte, care nu dau nici o turbureală şi din celelalte se face un amestec, în care predomină extractele cele mai sărace în lipoide. Extractul mixt se titrează în ce priveşte puterea anticomplimentară şi în ce priveşte calitatea lui specifică şi extractul *mixt* astfel preparat poate înlocui cu succes extractele colesterinate şi rezultatele obţinute cu el sunt superioare celor obţinute cu extractele *unice*, apropriindu-se mult de rezultatele obţinute prin facerea reacţiei cu mai multe extracte de odată, procedeu superior, însă incomod când e nevoie de a se examina mai multe produse de odată.

d) *Hemolizina.* Cu globule roşii de oae, spălate, se inoculează mai mulţi epuri în vena marginală a urechei. Inoculările se fac în număr de 3, la interval de 2 zile una de alta, aşa încât se termină a 5-a zi, înainte deci de a se putea produce fenomene de anafilaxie serică. După 7 zile dela ultima inoculare se scot câte 10—20 cc. sânge din vena urechei cu ajutorul unei ventuze.

Se separă serurile şi se amestecă toate la un loc, apoi se diluează în proporţie de 1/10 cu apă fiziologică fenicată 1%. Flacoanele cu hemolizină sunt apoi inactivate la 56°

timp de 20 minute. Titrarea hemolizinei se face la vreo 10 zile după preparare şi titrul ei oscilând puţin, vom lua întodeauna de 4 ori doza minimă activă.

e) *Globulele roşii de oae.* Se spală sângele de oae cu apă fiziologică, punând o parte sânge la 10 părţi apă fiiziologică; o singură centrifugare e suficientă. Cu globulele spălate, se face o suspensie în apă fiziologică $10^0/_{00}$, de aproximativ $5^0/_0$.

Pentru facerea reacţiei Bordet Wassermann trebue să procedăm întâi la *titrarea alexinei*, care se face după tabloul următor, No. 1:

No. tuburilor	Antigen [1] n (de ex: 1:30)	Alexină 1 : 20	Apă fiziologică	Hemolizină	Hematii de oae
1	0,2	0,3	0,3	0,25	0,15
2	0,2	0,3	0,25	0,25	0,2
3	0,2	0,3	0,2	0,25	0,25
4	0,2	0,3	0,15	0,25	0,3

Observăm care este cantitatea de globule roşii, care e hemolizată exact în $^1/_2$ oră la 37°. Cu această cantitate se va lucra la facerea reacţiei B. Wassermann. Operaţia de faţă o facem întotdeauna cu $^1/_2$ oră înainte de reacţia propriu zisă.

Reacţia Bordet Wassermann în sânge va urma după tabloul următor, No. 11.

1) In reacţiunea B. W. se va lua o cantitate de antigen egală cu jumătatea aceleea care nu împiedecă hemoliza (n.)

No. eprubetei	Ser activ	Ser inactivat 10' la 56°	Antigen de ex: $\frac{n}{2}$	Alexină 1: 20	Apă fiziologică	Hemolizină
1,	0,1	—	0,1	0,05	0,4	0,25
2,	0,1	—	—	0,05	0,5	0,25
3,	0,1	—	0,1	0,1	0,35	0,25
4,	0,1	—	—	0,1	0,45	0,25
5,	0,1	—	0,1	0,2	0,3	0,25
6,	0,1	—	—	0,2	0,4	0,25
7,	—	0,1	0,1	0,4	0,1	0,25
8,	—	0,1	—	0,4	0,2	0,25
9,	—	0,1	0,1	0,6	—	0,25
10.	—	0,1	—	0,6	0,1	0,25

Se lasă o oră la 37° și apoi se adoagă

Se pune cantitatea găsită după filtrare a prealabilă (vezi tabloul precedent) și care trebue să fie egală cu cantitatea de hematii care e hemolizată exact în $\frac{1}{2}$ oră la 37°.

Hematii

Pentru lichidul cefalo-rahidian *a)* nu se face inactivarea, decât dacă lichidul conţine sânge în cantitate mai mare. *b)* In celelalte cazuri se procedează ca pentru serul sanguin inactivat, cu deosibire că se va pune 0,5—1 cc. de lichid.

Din tablouri rezultă că se întrebuinţează întotdeauna *aceeaşi cantitate de ser sanguin, aceeaşi cantitate de antigen, aceleaşi cantităţi de hemolizină* şi *hematii de oae,* în cât *singurul element variabil e numai alexina* şi că fiecare 2 tuburi fac o pereche, a căror compoziţie diferă numai prin aceea, că tubul, cu No. nesoţ, conţine antigen şi este deci tubul care indică rezultatul reacţiunei, iar tubul cu No. soţ, servă numai de control pentru primul.

Mersul hemolizei se urmăreşte din 5 în 5 minute, mai ales pentru tuburile cu ser activ şi rezultatele se notează cu negativ când tuburile cu No. nesoţ sunt la fel şi în acelaş timp hemolizate cu tuburile cu No. soţ (tuburi de control). Când tuburile control sunt complect hemolizate, tuburile nesoţ corespunzătoare pot prezenta diferite grade de hemoliză: de la hemoliza aproape complectă (?), la hemoliza nulă (4 sau ++++.) Astfel încât se pot nota:,

? 1 (+), 2 (++), 3 (+++), 4 (++++).

hemoliză aproape complectă . . . . . hemoliză nulă

Avantajul metodei este că permite urmărirea efectului tratamentului sau al mersului bolii în caz de tratament insuficient, căci prin însăşi gradarea cantităţii de alexină se titrează indirect şi cantitatea de anticorpi sifilitici din serul examinat.

De exemplu într'un caz intens pozitiv cu mulţi anticorpi specifici, alexina fiind fixată complect în toate tuburile notaţia va fi 444, 44, iar după tratament, anticorpii scăzând, vom obţine progresiv: 443, 43, 432, 32, 321, 21, etc.

* * *

Din punct de vedere practic, reacţia Bordet-Wassermann, pozitivă indică existenţa sifilisului, pe câtă vreme o reacţie negativă nu exclude în mod absolut existenţa sifilisului.

Reacţia B. W. pozitivă în lichidul cefalo-rahidian, indică determinaţiuni nervoase ale acestei boli. Reacţia este obligator pozitivă în sânge în timpul perioadei secundare a sifilisului. In ce priveşte lichidul cefalo-rahidian, ea este negativă în toate cele 3 faze ale sifilisului, (D-r. A. A. Babeş) dacă nu există leziuni ale nevraxului. Relativ la studiul acestei reacţii în sânge, în sifilisul congenital, Kolle şi Hetsch au găsit-o pozitivă în 66,6% din cazuri; ea e foarte marcată, mai ales dacă simptomele infecţiei sunt evidente. După Laroche, reacţia Bordet Wassermann este aproape totdeauna pozitivă, în sifilisul hereditar.

Bar, Daunnay, d'Astros şi Teissonnieres, Joltrain, Marfan citează cazuri de sifilis congenital cu manifestări intense, dar cu Wassermann negativ. D-rul Sărăţeanu a găsit-o pozitivă în 96,4% în sânge în sifilisul hereditar precoce şi 25% în cel tardiv. A găsit-o pozitivă şi în cazuri fără leziuni vizibile, reacţia fiind mai intensă la copil, decât la mamă. In ce priveşte reacţia B. W. în lichidul cefalo-rahidian la copiii cu sifilis congenital tratat, Breüer ne dă rezultate total negative. Otto Zenzer a obţinut date interesante la copiii cu sifilis congenital; el a găsit reacţia pozitivă 50—70%, după cum copilul avea sau nu leziuni nervoase. In tot cazul, conchide, că e mai frecvent pozitivă în lichidul cefalo-rahidian la copiii cu sifilis congenital, decât la adulţi. Doctorul Borşan a găsit-o pozitivă în proporţie de 60% tot în lichidul cefalo-rahidian la copiii cu sifilis congenital.

III

EXPUNEREA CAZURILOR STUDIATE.

Trec acum la expunerea rezultatelor obţinute pe un număr de 30 lichide cefalo-rahidiene la copii cu sifilis congenital cu manifestări precoce. Inainte de a da rezultatele probelor, la fiecare caz în parte, am făcut o mică şi sumară descripţiune clinică. care are menirea să demonstreze diagnosticul nostru.

Cazurile studiate sunt în totalitate recoltate din clinica medicală infantilă şi dela serviciul de consultaţii medicale al spitalului de copii, toate fiind diagnosticate, de sifilis congenital.

7 Decembrie 1922.

Cazul I. Safta I. 3 luni 3460 grame.

Antecedente hereditare. Un an în urmă, mama a avut o naştere prematură în 7 luni, urmată de moartea imediată a fătului. — Ambii părinţi neagă sifilisul.

Copila Safta I. a fost născută la termen; naşterea a fost foarte laborioasă cu un voluminos hydramnios. In prezent este de o constituţie slabă. Faţa şi pielea sunt acoperite de macule şi papule uşor reliefate, de culoarea jambonului. Aceste elemente sunt în parte acoperite cu scuame. Are infiltraţia sprincenelor, coryza. In restul corpului şi mai ales pe membrele inferioare prezintă micropapule diseminate.

Splina şi ficatul sunt mărite de volum. In plus copila este agitată, plângând aproape continuu.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Sub tensiune normală, limpede, xantocromic.

Reacţiunile Pandy, Nonne Apelt, Weichbrodt, cu benzoe coloidal, cu gaiac coloidal şi Wassermann au fost negative.

Reacţiunea cu acid iodic. In ambele tuburi lichidul este uşor turbure. (louche).

8 Decembrie.

Cazul II. Stelian R. 5 săptămâni. 2800 grame.

Antecedente hereditare. Tatăl sifilitic.

Copilul Stelian R. născut la $8^1/_2$ luni în bune condiţiuni. Boala a debutat prin turburări gastro-intestinal, plâns în timpul nopţii, erupţiuni cutanate. In prezent e debilitat. Are coryza, dyspnee. Prezintă fisuri labiale şi comisurale, acoperite în parte cu cruste brune. Pelea capului prezintă zone alopecice. (en clairière). Pelea tălpilor şi palmelor este lustruită, fisurată şi se descuamează în lambouri. Pe palme are cruste consecutive unui pemfigus. Restul corpului e acoperit eu bule, cruste şi are tendinţă la descuamare. Pe coate, în regiunea scrotală şi pe faţa internă a coapselor prezintă suprafeţe erodate. Regiunea dorsală este sediul unei erupţiuni maculo-papuloase, dublată, de o infiltraţie pronunţată a ţesuturilor. Abdomenul mărit de volum. Polul anterior al splinei se palpează sub falsele coaste. Ficatul mărit în diametrul vertical.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Sub tensiune normală, limpede, uşor xantocromic.

Reacţiunea Pandy pozitivă, reacţiunea Weichbrodt pozitivă. Reacţiunea Wassermann intens pozitivă ++++.

Reacţiunea cu acid iodic. In ambele tuburi lichidul s'a turburat intens, fără să se producă granule.

Reacţiunile Nonne Apelt, cu benzoe coloidal şi cu gaiac coloidal negative.

15 Decembrie.

Cazul III. Paul B. $2^1/_2$ luni. 5740 grame.

Antecedente hereditare. Tatal sifilitic. Un alt copil mort în vârstă de 4 zile cu erupţiuni cutanate.

Paul B. a fost născut la termen. Boala i-a debutat cu

dureri abdominale, plâns în timpul nopții, erupțiune dermică. In prezent: bosa frontală dreaptă ștearsă. Infiltrația sprincenelor. Pelea nasului și frunții acoperită cu scuame furfuracee. Are fisuri labiale și comisurale secretânde, acoperite pe alocurea cu cruste brune. Palmele și tălpile îi sunt lustruite. Sub bărbie, pe coate și mâni are sifilide maculoase și papulo-scuamoase, cu ușoara infiltrație a țesuturilor subjacente. Fesele, regiunea iuguino-scrotală și partea superioară a coapselor sunt sediul unei infiltrațiuni mai accentuate, tegumentele având o colorație jambonată și presărate cu papule, de mărimi variabile, în parte ulcerate. Genunchele sunt asemenea mult infiltrate și sediul unui proces intens de descuamare. Scrotul infiltrat. Plicele de flexiune erodate. Splina mărită de volum, se palpează sub falsele coaste.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Sub tensiune normală, limpede.

Reacțiunile Pandy, Nonne Apelt, Weichbrodt, cu benzoe colodial și cu gaiac coloidal, negative.

Reacția cu acid iodic. Lichidul ușor turbure în ambele tuburi, fără granulații.

Reacția Wassermann pozitivă +++.

16 Decembrie.

Cazul IV. Domnica I. 7 luni. 6900 grame.

Antecedente hereditare. Părinții neagă sifilisul. Mama a mai avut două nașteri; în ambele fetii au fost morți.

Domnica I. a fost născută la termen, bine. Boala ei se manifestă prin: sifilide papulo-scuamoase de mărimi variabile pe față, pe regiunea fesieră, pe membrele inferioare și fața dorsala a mânelor. Pe tălpi și palme macule aproape confluente, de nuanță pală. Tot aci, pielea e lustruită, fisurată și cu tendință la descuamare. Splina depășește cu două laturi de deget falsele coaste, ficatul mărit în diametrul vertical. - - Primele manifestațiuni le-a avut la vârsta de 2 luni. Sub influența unui tratament insuficient ele dispăruseră, pentru a reapărea acum.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Sub tensiune normală, limpede.

Toate probele negative.

16 Decembrie.

Cazul V. Dumitru I. 2 luni. 4000 grame.

Antecedente hereditare. Tatăl suspect. Mama a avut 3 avorturi între 3—5 luni.

Dumitru I. a fost născut la termen, bine. Boala i-a debutat prin o erupţiune buloasă şi plâns nocturn. In prezent are: coryza intens, erupţiune intensă pe faţă cu ulceraţiuni şi cruste. Buza superioară este erodată aproape în întregime, ca şi marginea alveolară a gingiilor. Are adenopatii cervicale şi submaxilare. Membrele inferioare şi regiunea fesieră acoperite cu pete confluente de coloare arămie pală. Scrotul infiltrat, are două leziuni ulcerate. Tălpile lustruite; palmele se descuamează şi sunt presărate cu pete pigmentare cicatriciale. Acest copil mai are şi câteva stigmate distrofice şi anume: nasul înfundat, (lorgnette) pavilionul urechii drepte redus, descriind un S italic, atrezia orificiului auditiv extern de aceeaşi parte.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Tensiunea normală, lichidul clar.

Toate probele negative.

20 Decembrie.

Cazul VI. Dumitru G. $1^1/_2$ lună.

Antecedente hereditare. Ambii părinţi sifilitici. Copilul plânge toată noaptea. Are coryza dela naştere. Pe mâni şi picioare are sifilide papulo-scuamoase rotunde, de mărimi variabile, de culoarea şuncii. Prezintă leziuni şi din partea sistemului osos, localizate la nivelul primelor falange dela mâni şi degetele mari dela picioare, care sunt îngroşate, fuziforme. Tălpile uşor lustruite.

Examenul lichidului cefalo-rachidian. Sub tensiune mică, uşor xantocromic.

Reacţiunea Pandy pozitivă, Nonne Apelt slab pozitivă, Wassermann pozitivă ++++. Celelalte reacţii negative.

22 Decembrie.

Cazul VII. Gheorghe N. $5^1/_2$ luni.

Antecedente hereditare. Părinţii neagă sifilisul.

Reacţia Wassermann în sângele mamei intens pozitivă +++

Copilul Gheorghe N. este bolnav dela vârsta de $2^1/_2$ luni. Are coryza. Pelea palmelor şi tălpilor lustruită se descuamează în lambouri. Are leziuni secretânde cu zone alopecice în pelea capului. Sifilide papulo-scuamoase caracteristice pe membrele inferioare şi superioare şi în regiunea sprincenelor cu uşoară infiltraţie. Splina mărită de volum se palpează sub falsele coaste.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Limpede, sub tensiune normală.

Reacţia Weichbrodt pozitivă.

Toate celelalte reacţiuni negative.

15 Ianuarie.

Cazul VIII. Ştefan Ţ. 4 luni.

Antecedente hereditare. Tatăl sifilitic.

Boala copilului se manifestă prin: plâns aproape continuu în timpul nopţii, coryza. Pe tălpi şi palme macule arămii şi bule de pemfigus. Pe frunte are sifilide papulo-crustoase de dimensiuni variate, pe alocurea confluente. Asemenea şi pe pelea capului. Sub cruste găsim suprafeţe roşii arămii îndurate şi reliefate. Pe membrelele superioare şi inferioare are sifilide papuloase mari, iar pe torace şi abdomen erupţiunea e mai discretă, fiind constituită din micropapule.

Examenul lichidului cefalo-rahidian.

Sub tensiune normală, clar, uşor xantocromic.

Reacţia Nonne Apelt şi Weichbrodt slab pozitive, asemenea şi reacţia Wassermann. +.

Reacţiile Pandy şi cu benzoe coloidal negative.

Reacţia cu acid iodic: tubul II turbure.

Reacţia cu gaiac coloidal 21110.

16 Ianuarie.

Cazul IX. Constantin P. 9 săptămâni.

Antecedente hereditare. Mama sifilitică.

Copilul bolnav de 6 zile, având plâns aproape continuu, coryza, fisuri la comisura stângă, infiltrația sprincenilor. Rare elemente buloase în palma dreaptă și talpa stângă. Are macule sifilitice generalizate pe toată suprafața corpului.

In regiunea fesieră și la nivelul pliurilor mari are sifilide papuloase și papulo-erozive. Splina mărită de volum.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Limpede, sub tensiune normală.

Reacția cu gaiac coloidal 21210.

Reacția Wassermann pozitivă ++.

Reacția cu acid iodic: lichidul din tubul II turbure.

Celelalte reacții sunt negative.

15 Februarie.

Cazul X. Miltiade D. 6 săptămâni. 4300 gr.

Antecedente hereditare. Tatăl vechiu sifilitic. Mama a avut 2 avorturi. Doi copii morți: unul la 10 zile, altul la 6 luni. Mai are o fetiță, care sufere de sifilis congenital.

Boala copilului a debutat acum 2 săptămâni prin călduri, plâns în timpul nopții, coryza. Acum are în plus ragade labiale, fruntea și sprincenile infiltrate, tălpile și palmele lustruite, se descuamează. Mai are zone de infiltrație și în alte regiuni. Pe coapse și piept are palide pete rozeolice. Pe scrot câteva ulcerații. Ganglionii epitrohleeni măriți. Ficatul mărit, Splina se palpează cu ușurință. Are circulație colaterală abdominală și distensiunea abdomenului.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Sub tensiune normală, limpede.

Reacțiile Pandy și Weichbrodt pozitive.

Reacția Wassermann slab pozitivă +.

Reacția cu gaiac coloidal 23210.

Reacția cu acid iodic: tubul No II turbure.

Reacțiile Nonne Apelt și cu benzoe coloidal negative.

23 Aprilie.

Cazul XI Alice C. 3 luni.

Antecedente hereditare. Tatăl sifilitic. Mama a avut un avort spontan.

Copilul sufere dela 6 săptămâni plângând toată noaptea; avea coryza intensă dela naştere, care persistă şi azi. Are sifilide maculoase şi papuloase pe membrele superioare şi inferioare, sub bărbie şi în pielea capului. Sprincenele, buzele şi bărbia îi sunt infiltrate. Are fisuri pe buza superioară. Palmele şi tălpile lustruite, se descuamează. Splina mare se simte uşor sub falsele coaste. La extremitatea superioară a radiusului stâng are o exostoză de mărimea unei jumătăţi de nucă.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Limpede, sub tensiune normală.

Reacţia Wassermann intens pozitivă ++++.

Reacţia cu acid iodic: tubul No. I slab louche.

Celelalte cinci reacţii negative.

24 Aprilie.

Cazul XII. Ion I. 5 luni 3250 grame.

Antecedentele hereditare nu se pot preciza.

Copilul născut în 8 luni. Este hypotrofic, plânge noaptea, are coryza, tălpile lustruite, splina şi ficatul mărite de volum, ganglionii epitrohleeni măriţi, abdomenul desvoltat, cu uşoară circulaţie colaterală.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Clar, sub tensiune normală.

Reacţia Nonne Apelt slab pozitivă. Reacţia Wassermann asemenea +.

Reacţia cu gaiac coloidal a dat o foarte, foarte slabă precipitare.

Reacţia cu acid iodic: tubul No. II turbure.

Celelalte reacţii negative.

1 Maiu.

Cazul XIII. Chiriaca T. $3^1/_2$ luni 2860 grame.

Antecedente hereditare fără importanţă. Wassermann în sângele mamei pozitiv.

Copila născută în 8 luni, este hypotrofică, cu cărnurile scăzute, pielea plisată. Are coryza, cu eroziuni perinazale. Plânge noaptea. Ficatul mărit de volum. Abdomenul balonat, cu splina mult mărită. Prin tratament cu protoiodur de mercur, copilul se ameliorează, crescând în greutate.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Clar, sub tensiune normală.

Toate reacţiile negative. In reacţia cu acid iodic lichidul a fost uşor turbure în ambele tuburi.

1 Maiu.

Cazul XIV. Ioana D. $2^1/_2$ luni.

Antecedente hereditare. Părinţii neagă sifilisul. Mama a mai avut o naştere prematură (7 luni) urmată de moartea imediată a fătului.

Copilul de faţă are coryza intensă dela naştere, fisuri pe buza superioară, splina mare, abdomenul balonat, cu circulaţie colaterală. Ganglionii epitrohleeni măriţi. Palmele şi tălpile uşor lustruite. Prezintă sifilide maculoase şi papuloase generalizate, cu predominenţă în regiunile vulvară, sacrată şi fesieră. In regiunile umede şi la nivelul plicelor papulele sunt erodate, iar pe alocurea acoperite cu cruste.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Limpede, sub tensiune normală.

Reacţiile Nonne Apelt şi Weichbrodt pozitive.

Reacţia Wassermann slab pozitivă ++.

Celelalte reacţii sunt negative.

2 Maiu.

Cazul XV. Ionel G. $8^1/_2$ luni.

Antecedentele hereditare fără valoare, părinţii negând sifilisul. — Copilul avea din primele săptămâni coryza, plâns nocturn, fisuri labiale, splina mare, sifilide diseminate.

Fontanelele distinse. In urma unui tratament insuficient cu protoiodur de mercur aceste fenomene se amendaseră. Acum în urmă au reapărut.

Reacţia Wassermann în sângele mamei intens pozitivă ++++.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Clar, hypertensiv.

Racţia cu gaiac coloidal pozitivă 22210.

Reacţia Wassermann pozitivă +++.

Reacţia cu acid iodic: tubul II turbure.

Celelalte reacţii negative.

2 Maiu.

Cazul XVI. Dumitru I. 3 luni.

Antecedente hereditare. Părinţii nu pot preciza nimic referitor la sifilis. Un avort în 8 luni.

Copilul are coryza intensă, fisuri labiale, infiltraţia sprincenelor şi a frunţii, circumscriind un burelet. Infiltraţia bărbiei. Pălmile şi tălpile foarte lustruite, cu tendinţă la descuamare. Splina mult mărită. Are sifilide împrăştiate pe tot corpul, de forme şi mărimi diferite. Pe feţele anterioare ale genunchilor constituesc un singur placard, de dimensiunile unei piese de doi lei. In vecinătatea acestora se găsesc şi sifilide circinate şi câteva elemente inelare.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Clar, sub tensiune normală.

Reacţia Weichbrodt slab pozitivă.

Reacţia cu gaiac coloidal 23210 pozitivă.

Reacţia Wassermann intens pozitivă ++++.

Celelalte reacţii negative.

4 Maiu

Cazul XVII. Ghorghe P. 7 luni.

Antecedente hereditare. Şase copii morţi în vârstă mai mică de 3 luni. Doi născuţi morţi. Un avort.

Copilul Gheorghe P. e bolnav dela vârsta de două luni. In prezent are coryza, fisuri labiale, splina mare, infiltraţia sprincenelor, palmele şi tălpile lustruite acoperite cu pete şi cu tendinţă la descuamare. Plânge puţin. Are şi hydrocefalie, fontanelele fiind sub tensiune. Pe bărbie, pe membrele superioare şi inferioare, în regiunea inguinală şi anală are sifilide papuloase. Parte din ele sunt erodate. Aceste manifestaţiuni sunt de recidivă, întrucât sub influenţa unei cure anterioare mercuriale, se amendaseră.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Clar, hypertensiv, eşind în ţâşnituri.

Reacţia cu gaiac colodial pozitivă 30000.

Toate celelalte reacţii negative.

10 Maiu

Cazul XVIII. Lenuţa P. 7 săptămâni. 3860 gr.

Antecedente hereditare. Un copil mort în vârstă de două luni. Reacţia Wassermann în sângele mamei pozitivă.

Fetiţa Lenuţa P. bolnavă de 3 săptămâni, decând plânge mult, mai ales în timpul nopţii. Splina şi ficatul mărite de volum. Pe corp i-a apărut o erupţie, cu tendinţă la generalizare şi dublată de infiltrarea ţesuturilor. Această erupţie ia un caracter difuz şi exudativ în jumătatea inferioară a corpului, pe gât şi membrele superioare. La nivelul plicelor de flexiune ţesuturile sunt erodate. Elementele specifice caracteristice se găsesc pe faţă, unde iau caracterul papulos, de culoare arămie. Pe torace are iar elemente papulo-scuamoase ceva mai pale.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Clar, uşor xantocromic, sub tensiune normală.

Reacţiile Pandy şi Weichbrodt pozitive.

Reacţia cu acid iodic: tubul I turbure.

Celelalte reacţii negative.

11 Maiu

Cazul XIX. Gheorghe D. $2^1/_2$ luui.

Antecedente hereditare. Tatăl sifilitic.

Copilul e bolnav dela 3 săptămâni având coryza, plâns nocturn, ganglionii epitrohleeni măriţi, splina mare, palmele lustruite, genunchii infiltraţi. Sifilide papuloase şi papuloerozive în regiunea sacrată, pe fesă şi în şanţul interfesier.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Clar, uşor xantocromic, sub tensiune normală.

Reacţia Weichbrodt pozitivă. Reacţia Wassermann intens pozitivă ++++.

Reacţia cu acid iodic: tubul I turbure.

Celelalte reacţii negative.

11 Maiu

Cazul XX. Arsineta C. 6 săptămâni.

Antecedente hereditare. Tatăl sfilitic.

Copila are coryza foarte intensă, cu respiraţie grea, fisuri profunde pe ambele buze, infiltraţia frunţii, sprincenelor şi a feţii întregi cu descuamare. Pălmile şi tălpile lustruite, ganglionii epitrohleeni măriţi, splina foarte mult mărită de volum. Are sifilide maculoase şi papuloase pe tot corpul.

Extremităţile oaselor lnngi îngroşate cu pseudo-paralizia noilor născuţi sifilitici (maladia lui Parrot). In plus copilul e hypotrofic şi cu o stare generală foarte rea.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Limpede, uşor hypertensiv.

Reacţia Nonne Apelt slab pozitivă. Asemenea reacţia Wassermann. ++. Reacţia cu acid iodic, Pandy, Weichbrodt cu benzoe coloidal şi cu gaiac coloidal negative.

11 Maiu

Cazul XXI. Elena Ferenţ. $2^1/_2$ luni. 4490 grame.

Hereditar. Reacţia Wassermann în sângelc mamei intens pozitivă. ++++.

Copilul are coryza, fisuri pe buza superioară, tălpile lustruite, cu tendinţă la descuamare. Sifilide maculoase şi papuloase diseminate. Splina mărită de volum. Reacţia Wassermann în sângele copilului intens pozitivă. ++++.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Limpede, sub tensiune normală.

Reacţia Nonne Apelt pozitivă. Reacţia cu gaiac coloidal a dat o foarte slabă precipitare. Reacţia cu acid iodic: lichidul din tubul I turbure; în tubul II foarte slab turbure.

Celelalte reacţii negative.

13 Maiu

Cazul XXII. Mircea I. $2^1/_2$ luni.

Antecedente hereditare, fără importanţă.

Copilul e bolnav de câteva săptămâni. In prezent are următoarele manifestaţiuni: Plânge noaptea, are coryza, ganglionii epitrohleeni măriţi de volum, tălpile lustruite, splina mult mărită de volum, cu abdomenul balonat şi circulaţie colaterală. Are şi sifilide maculoase diseminate.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Clar, uşor xantocromic, sub tensiune mică.

Reacţia Pandy pozitivă.

Reacţia Wassermann pozitivă ++.

Toate celelalte reacţii negative.

19 Maiu.

Cazul XXIII. Dumitru T, $3^1/_2$ luni.

Antecedente hereditare. Tatăl sifilitic.

Copilul născut la termen, în condiţiuni bune. De vr'o 30 zile este bolnav. In prezent plânge toată noaptea, are coryza, ganglionii epitrohleeni măriţi de volum.

Splina mare, se simte sub rebordul falşelor coaste. Copilul este hypotrofic.

Pe corp şi pe membrele superioare are diseminate sifilide maculo-papuloase.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Limpede, sub tensiune normală.

Reacţiunea Pandy pozitivă. Reacţiunea cu acid iodic a dat uşoară turburare în tubul I.

Celelalte reacţii negative.

21 Maiu.

Cazul XXIV. Lenuţa C. 2 luni:

Antecedente hereditare. Tatăl sifilitic. Mama a avut 6 avorturi.

Copilul este bolnav de câteva săptămâni. Boala sa se manifestă prin: plâns în timpul nopţii, coryza intensă, fisuri labiale, splenomegalie, ganglionii epitrohleeni măriţi de volum.

Pe faţă are sifilide maculoase şi papulose. Pe fese, scrot şi regiunea anală are sifilide papuloase tipice, în mare. parte erodate.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Limpede, xantocromic sub tensiune normală.

Reacţiile Pandy şi Nonne Apelt pozitive. Asemenea reacţia Wassermann. + |-. Reacţia cu acid iodic a dat o turburare intensă în tubul I, fără ca să existe precipitare

Celelalte reacţii negative.

22 Maiu.

Cazul XXV. Anghelina C. 6 săptămâni.

Antecedente hereditare. Tatăl vechiu sifilitic. Mama a avut două avorturi spontane.

Copilul bolnav de vr'o zece zile are coryza intensă, nările fiind complect obstruate cu cruste, fisuri labiale, infiltraţia sprincenelor, care pe alocurea sunt ulcerate şi acoperite cu cruste, sifilide maculo-papuloase pe bărbie şi

gât, ganglionii epitrohleeni măriţi, plăci mucoase bucale, palmele lustruite se descuamează intens, având şi câteva bule de pemfigus, splenomegalie şi sifilide ulcerate în regiunea fesieră.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Clar, hypotensiv.

Reacţia Pandy pozitivă. Reacţia Weichbrodt slab pozitivă. Reacţia cu acid iodic a dat uşoară turburare în tubul II. Reacţia cu benzoe coloidal: 31310. Reacţia cu gaiac coloidal 32220. Celelalte reacţii negative.

24 Maiu.

Cazul XXVI. Dumitra I. 6 luni.

Antecedente hereditare. Tatăl şi mama vechi sifilitici. Mama a avut 3 avorturi.

Copilul este bolnav dela naştere. A avut manifestaţiuni intense reprezentate prin sifilide generalizate, coryza, plăci mucoase bucale, splenomegalie, etc. Sub influenţa unei cure insuficiente de mercur starea sa se ameliorase. In prezent copilul iarăşi plânge mult, are coryza, micropoliadenopatie, splenomegalie, sifilide maculoase diseminate.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Limpede, sub tensiune normală.

Reacţiile Pandy şi Nonne Apelt pozitive. Reacţia cu acid iodic a dat uşoară turburare în tubul II. Reacţia cu benzoe coloidal: 01210; Reacţia cu gaiac coloidal 12320. Celelalte reacţii au fost negative.

26 Maiu.

Cazul XXVII. Florica C. 1 an.

Antecedente hereditare. Mama sifilitică a făcut tratament pe vremuri. A avut un avort în 8 luni.

Copilul este bolnav dela naştere. Plângea noaptea, avea coryza şi sifilide cutanate. Urmând tratament cu protoiodur de mercur se ameliorase puţin. In prezent iar plânge mult, are coryza, poliadenopatie, splenomegalie, are extremităţile oaselor lungi îngroşate şi este debilitat.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Limpede, hypertensiv, eşind în ţâşnituri.

Reacţia cu acid iodic a dat o foarte slabă turburare în tubul II. Toate celelalte reacţii negative.

26 Maiu.

Cazul XXVIII. Gheorghe T. 6 luni.

Antecedente hereditare. Tatăl vechiu sifilitic. Mama neagă sifilisul.

Copilul este bolnav de vr'o 30 de zile, de când plânge aproape continuu, are coryza, splina mărită de volum, ganglionii epitrohleeni hipertrofiați, tălpile infiltrate și lustruite, se descuamează; mai are și sifilide maculoase și papuloase rare, care în regiunea perianală tind să se erodeze.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Limpede, sub tensiune normală.

Reacția Nonne-Apelt slab pozitivă. Reacția cu gaiac coloidal a dat o slabă precipitare în tubul 1 și 2. Celelalte reacții au fost negative.

26 Maiu.

Cazul XXIX. Otilia B. 7 săptămâni.

Antecedente hereditare. Părinții neagă sifilisul. E primul copil.

Copilul plânge aproape toată noaptea, are coryza, splenomegalie, ganglionii epitrohleeni măriți de volum, sifilide maculoase pe tot corpul, sifilide papuloase pe față și gât, eroziuni perianale.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Limpede, sub tensiune normală.

Reacția Nonne-Apelt pozitivă. Reacția cu acid iodic a produs turburare în ambele tuburi. Reacția cu benzoe coloidal a dat o slabă precipitare în tubul prim. Reacția cu gaiac coloidal: 32100. Celelalte reacții au fost negative.

26 Maiu.

Cazul XXX. Tudorel I. 7 luni.

Antecedente hereditare. Tatăl suspect, mama neaga infecția.

Copilul e suferind dela naștere. A fost văzut și tratat în spitalul de copii.

In prezent are coryza, nasul fiindu-i astupat cu cruste, splenomegalie intensă, debilitate, epifizele îngroșate, cu semne nete de rahitism, fontanelele distinse. In plus de câtăva vreme plânge toată noaptea.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. Limpede, hypertensiv eşind în jet.

Reacţia cu acid iodic a dat turburarea lichidului în tubul II. Reacţia cu benzoe coloidal: 11100. Reacţia cu gaiac coloidal: 32110. Toate celelalte reacţii au fost negative.

* * *

Totalizând rezultatele obţinute ajungem la următoarele cifre:

De 8 ori lichidele au fost xantocromice.

De 5 ori au fost hipertensive, iar de 3 ori hypotensive.

Reacţiunea Pandy a fost pozitivă de 9 ori.

Reacţiunea Nonne Apelt de 10 ori.

Reacţiunea Weichbrodt de 9 ori.

Reacţiunea cu benzoe coloidal a fost pozitivă de 3 ori, iar odată a dat numai o precipitare slabă, parţială.

Reacţiunea cu gaiac coloidal a fost pozitivă de 9 ori; de 4 ori a precipitat slab şi parţial.

Reacţiunea Bordet Wassermann a fost pozitivă de 15 ori.

Reacţiunea cu acid iodic nu a dat nici un rezultat pozitiv, neproducându-se nici odată precipitare. A reacţionat însă după tipul I şi II, turburarea producându-se cel mai frecvent în tubul II, apoi în ambele tuburi şi cel mai rar în tubul I.

* * *

După expuneren cazurilor studiate şi rezultatelor obţinute, se ridică întrebarea logică, dacă probele cercetate în lucrarea de faţă pot fi de vr'un ajutor practic? Incontestabil, ele au un interes practic, fără însă să poată avea o valoare absolută. Singură reacţiunea Bordet Wassermann pune concluziuni precise şi categorice când este pozitivă. Atunci, însă când avem de aface cu un caz de sifilis congenital, clinicește diagnosticat, el rămâne bine diagnosticat chiar dacă toate probele noastre ne-ar da rezultate negative, implicit reacţia Bordet Wassermann. Celelalte probe, fiind pozitive, nu au decât o valoare relativă, şi numai *asocierea* lor cu alte semne clinice, ar putea să ne ajute la precizarea diagnosticului; ele însă ne permit să constatăm modi-

ficări în compoziţia chimică a lichidului cefalo-rahidian, constatare, care are uneori importanţa ei practică; Widal, Sicard şi Ravaut, Guillain şi Parent (1903) au indicat importanţa clinică a albuminei lichidului cefalo-rahidian în diverse stări nervoase şi în particular în stările sifilitice.— Hyperalbuminoza indică o alteraţie a meningelor (Laroche). Ea nu apare decât atunci, când o afecţiune a atins sistemul nervos. — Profesorul Marfan este pentru examenul lichidului cefalo-rahidian în sifilisul congenital, mai ales în caz de reacţie meningee.

Leredde spune, referitor la această chestiune, că afară de excepţii, lichidul cefalo-rahidian, nu dă semne de certitudine la hereditari. Lichidul e normal sau revelă o meningită uşoară, caracterizată printr'o hipertensiune, adesea intensă (lichid în jet), o limfocitoză aproape totdeauna slabă, un exces de albumină, prezenţa globulinelor, toate aceste alteraţiuni putând fi reunite sau izolate. Reunite sau izolate, prezenţa lor nu demonstrează existenţa unui sifilis. Acestea sunt încă semne de prezumţie, care pot lua, o vom vedea, o valoare de certitudine în urma unui tratament (meningodiagnostic).

Cu aceste rânduri, încheem lucrarea de faţă, în convingerea că subiectul tratat prezintă şi un interes practic, fiindu-ne de ajutor în stabilirea diagnosticului în anumite circumstanţe; el mai prezintă şi un interes ştiinţific, traducând anumite modificări, care se produc în lichidul cefalorahidian la copiii cu sifilis congenital, precum şi raportul dintre aceste modificări şi intensitatea infecţiei pe deoparte, a manifestărilor sale clinice pe de alta.

CONCLUZIUNI

I. Lichidul cefalo-rahidian la copiii cu sifilis congenital a fost găsit xantocromic în proporţie de 26,7%.

II. Lichidul cefalo-rahidian a fost găsit sub tensiune mare în 16,7% din cazuri şi sub tensiune mică în 10% din cazuri.

In 73% lichidul a fost găsit sub tensiune normală.

III. Reacţia Pandy a fost pozitivă în 30% din cazuri.

IV. Reacţia Weichbrodt în 30%.

V. Reacţia Nonne Apelt — Jonas pozitivă în 33.3% din cazuri.

VI. Reacţia cu benzoe coloidal 10%.

VII. Reacţia cu gaiac coloidal 40%.

VIII. Reacţia Bordet-Wassermann în 50% din cazuri pozitivă.

IX. Reacţia cu acid iodic negativă în totalitatea cazurilor.

X. In sifilisul congenital, lichidul cefalo-rahidian a dat rezultate complect negative în proporţie de 16.7%.

XI. Dintre toate probele încercate, singura care permite afirmarea diagnosticului de sifilis. rămâne tot reacţia Bordet-Wassermann.

XII. Celelalte reacţii, când sunt pozitive nu au decât o valoare relativă; ele arată modificări ale lichidului cefalo-rahidian, fără să ne poată indica natura cauzelor, care le-au determinat.

XIII. Reacţiile lichidului cefalo-rahidian trebuesc făcute la copiii cu sifilis congenital, mai ales în cazurile dubioase, cu atât mai mult, cu cât recoltarea lichidului este mai simplă şi mai uşoară ca a sângelui.

Văzută, bună de imprimat.

Preşedintele Tezei, — **Profesor Dr. Manicatide**

Decanul Facultăţii, — **Profesor Dr. Thoma Ionnescu**

LUCRĂRI CONSULTATE

Dr. A. A. Babeş. Lichidul cefalo-rahidian. Teză de doctorat în medicină 1915.

Dr. D. I. Borşan. Contribuţiuni la studiul reacţiilor lichidului cefalo-rahidian la copiii sugari cu sifilis congenital. Teză de doctorat în medicină 31/III/922.

N. Buşilă. Ereditatea sifilitică.

Cestan et Riser. L'hyperalbuminose isolée du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie No. 10/922.

Dr. P. Dănilă. Sur une réaction du liquide céphalo-rachidien au cours des méningites et sur une réaction de précipitation du liquide céphalo-rachidien. Réaction au gaïac coloïdal. Comptes rendus des séances de la société de Biologie. No. 4/923.

Prof. Alfred Fournier. L'hérédité syphilitique.

Edmond Fournier. Stigmates distrophiques de l'hérédosyphilis.

Guillain, Laroche, Lechelle. Réaction de précipitation du benjoin coloïdal avec les liquides cephalo - rachidiens pathologiques. Comptes rendus des séances dela société de Biologie, 17 Juillet 1920.

Idem. Presse médicale No. 78/921.

Idem. Technique simplifiée de la réaction du benjoin coloïdal pour le diagnostic dela syphilis du nevrax. Comptes rendus dela Soc. de Biologie 7 Iunie 1921.

Prof. E. Jenselme et E. Schulmann. Les splénomégalies syphilitiques monosymptomatiques. Le journal médical français No. 12/922.

Kolle şi Hetsch. La bactériologie expérimentale.

E. Leredde. Essai sur le diagnostic dela syphilis héréditaire. Presse médicale No. 27/923.

Guy Laroche. Examens de laboratoire du medecin praticien.

A. B. Marfan. Diagnostic dela syphilis congénitale de nouveau-nés et des nourrissons; les signes cliniques de certitude. Presse médicale No. 33/923.

Idem. — Diagnostic de la syphilis congénitale des nouveau-nés et des nourissons; signes cliniques de probabilité; la réaction de Wassermann. Presse médicale No. 36/923.

Prof. Dr. S. Nicolau. Recherches sur le liquide céphalo-rachidien dans la période primaire de la syphilis.

P. Nobécourt. Précis de médecine des enfants.

Prof. Dr. Al. Obreja şi Dr. P. Tomescu. Reacţiunea Weichbrodt în sifilisul sistemului nervos central. Spitalul No. 5—6/922.

Idem. — Reacţiunea cu benzoe coloidal în sifilisul nervos şi sifilisul secundar. Spitalul No. 11/921.

Idem. — Reacţiunea cu benzoe coloidal în sifilisul hereditar şi în boalele mintale nespecifice. Spitalul No. 12/921.

Profesor Petrini Galaţi. La ce duce sifilisul hereditar de întâia şi a doua generaţie. (Buletinul Congresului II de medicină şi chirurgie 1915).

Paris mèdical. No. 14/919. Syphilis.

Profesor Gr. Romniciano. Les differents formes de syphilis infantile.

Rubinstein. Douze ans de pratique de la séro-réaction de la syphilis. Paris médical No. 6/923.

Dr. F. Sărăţeanu. Valoarea reacţiei Wassermann în clinică. (Buletinul congresului naţional de chirurgie şi medicină 1915).

Dr. Hans Schmidt Die Technik immunbiologischer Untersuchungsverfahren.

Profesor N. Thomescu. Care sunt cauzele marei mortalităţi, în România, a primei copilării şi care sunt mijloacele de a o combate. (Buletinul congresului naţional de medicină şi chirurgie 1915).

Profesor Paul Uhlenhuht. Rechrches expérimentales sur la syphilis (Medizinische Klinik No. 38, 39, 40/922. Presse médicale No. 5/923).

Dr. G. Variot. Traité pratique des maladies des enfants du premier age 2 vol. 1921.

P. Vallery-Radot et Salès — L'hydrocèle du nourrisson : rapports de certaines formes avec la syphilis héréditaire. (Presse médicale No. 37/1923).